

ACP を実践した末期心不全患者の QOL の分析 ～自宅退院後の継続的な支援を実施した一事例～

キーワード：ACP QOL 末期心不全

西川 静

I. はじめに

近年、超高齢社会において ACP の重要性が高まる中、心不全患者への実践も推奨されはじめている。A 病院では心不全患者への実践に取り組んでおり、多職種カンファレンスや外来心臓リハビリテーションを通して患者との継続的な関わりを行っている。心不全患者は進行性で増悪しやすい病態特性があり、患者の状況に応じて ACP を繰り返し行う必要がある。A 病院の ACP の対象者は心不全ステージ C-D の心不全患者が主で、様々な要因で再入院となることが多い。筆者は臨床の場で患者が再入院の度に自己嫌悪や死への不安を抱く状況に遭遇し、生活への思いに着目した支援の必要性を感じている。WHO では、QOL の分析から生活への思いが把握できると説明している。QOL の分析は、患者が望む生活に向けた支援に繋がると考え、本研究では、ACP 実践後の末期心不全患者の QOL を分析し、その結果をもとに QOL を支える支援について考察する。

II. 用語の定義

【ACP (アドバンスケアプランニング)】：意思決定能力低下に備えて患者や家族が医療者と望む治療や生き方を考え話し合うプロセス。【QOL (生活の質)】：個人の生活状態の認識で、文化や価値観、目標や期待と関連し身体・精神面、自立度、社会的関係、環境面が複雑に組み込まれたもの¹⁾。

III. 研究方法

1. 研究期間：2020 年 9 月～11 月
2. 研究対象者：ACP 実践後の患者（心不全ステージ C-D）で退院後 1 カ月経過した外来患者
3. データ収集方法：外来日に自己記入式 QOL 質問表（以下、QUIK-R）（表 1）と筆者が作成したインタビューガイドにて半構造的面接を行う。QUIK-R は、飯田ら²⁾が作成した QOL 評価質問紙で 4 つの構成要因で構成され、チェック項目は生活の幸福感や健康感、満足感を確認する項目で

ある。インタビュー内容は IC レコーダーで録音し逐語録に残す。

4. データ分析方法：QUIK-R は点数化し、インタビュー内容はコード化して QUIK-R の構成要因に分類する。各構成要因の認知や対処方法をラザルスの認知的評価理論で分析する。この理論は人の心理的ストレス反応の対処を一連のプロセスで表す。まず、人は周囲状況が自分にとってどうであるかを害一損失、脅威、挑戦に分類して評価し（一次的評価）、次に、この状況で何ができるかを判断する（二次的評価）。この二段階の評価に基づいて対処し得られた状況を再評価する。

IV. 倫理的配慮

当院の倫理審査委員会で承認を得た研究計画書に基づき対象者へ参加の自由意思や個人情報保護を説明し同意を得る。

V. 事例紹介

60 歳代男性（以下、氏）2006 年初回心不全発症。心不全ステージ D に近い状態。過去に 5 回入院歴あり。既往：拡張型心筋症、虚血性心疾患、弁膜症、腎不全。妻と子、母親と 4 人暮らし。就労中で管理者役割あり。母親の介護を妻と行い、子は結婚予定。入院間隔が狭まってきた 3 回目の入院から繰り返し病態説明を受け、妻と行動変容できるようになる。4 回目の入院を機に低心機能状態を認識し始める。この時期から医療者は ACP を開始し、入院中に病態経過と死生観について話し合いの場を設ける（病態経過・支援：図 1）。入院中の看護は、疾病受容や気持ちの整理、思いの表出を促す関わりを行い、外来ではできている点の評価や気持ちの傾聴にて関係づくりを行っている。

VI. 結果

QUIK-R は合計 12/50 点の「やや不良」で特に【身体機能】に対する健康感が低かった。チェック項目は、「健康な方である」以外全て良好な状態と回答していた（表 1）。インタビュー内容は、ラザル

スの認知的評価理論で分析した結果(図2)を下記に示す。〔構成要因:【】、サブカテゴリー:〈〉、氏の語り:「」〕氏は、「何をするにしろ心臓が関わってくる」と〈常に心臓に影響が出ないかを気にしながら生活〉し、また「胸焼けがするから胃癌かと心配になった」と〈未知な病気や症状に対しては不安な【身体機能】であると認識していた。さらに、心不全症状が出ている時期は「誰のせいでもないから、自分のせいだから」と〈症状が出ている時は自分を責める〉状況や〈周囲の理解がない環境ではひどく疲れる〉状況があった。これらの状況は、不安や自責の思い等のネガティブな感情を伴う脅威として評価していた(一次的評価)。この評価に基づく二次的評価は、【生活目標】と【対人関係】が関与していた。【生活目標】は、「生活を改めているから少しの症状を心配することはない」と〈病態知識や生活習慣への自信がある〉ことで「突然死することはないと思って自信をもって生活している」と〈突然心臓が悪くならない自信〉をもっていた。また、今後の生活では「本当自分の健康管理をしっかりしていかないと」と〈決められたことをきちんとやっていくこと〉の大切さを強く抱いていた。さらに、「神経質だろう。やっぱり気持ちの持ち方だと思う」と〈自分の性格を理解して気持ちをコントロールする大切さ〉を認識していた。【対人関係】は、「先生とは何でも相談できるし、病気で気になることがあればすぐ病院に行く」と周囲のサポートを活用する意識があり〈すぐに相談できる環境がある〉状況であった。これらの【生活目標】と【対人関係】から氏は脅威に対処可能と評価し、「この頃は逆に心配しないようにしている」と〈少しの症状を心配しなくなる〉ことや〈先行き不安はない〉と病気に捕らわれずに自分らしさを大切にしながら生活していた。入院時は仕事復帰を悩んでおり「会社にはもう迷惑かけられない」といまの身体機能では社会生活に支障があると感じていた。氏はこの状況を害一損失と評価していたが、【対人関係】で「会社の方から仕事の提案をしてくれる」と〈周囲の理解やサポート〉が対処の助けとなり、氏は〈生活目標・

役割をもって安心して生活できる〉と前向きに社会生活を送っていた。家庭内では、〈妻の介護負担への心配〉や子の巣立ちによる〈家族がいなくなることによる寂しさがある〉状況で、壮年期特有の発達課題と向き合う中で様々な思いがあった。この状況は、家族と新たな関係性を再構築するための課題であり、氏はこの状況を挑戦として評価していた。「家族とは自分の考えを気軽に打ち明けられる」関係であり〈周囲の理解やサポート〉を受けながらこの状況に対処していける状態であった。ACP実践後の状況として、氏は死について考えることを避けていた。「仕事の部長が肺がんで亡くなり、死は悲しい」と身近な人の死の体験から〈死に対する悲しみ〉を実感していた。また、【生活目標】に「やっぱり生きていたい」と〈生きていたいという強い思いから死を考えたくない気持ち〉がある状況であった。よって死を想起させる関りはショックや不安を伴う脅威となり、その対処方法として〈人生はなるようにしかならない〉と死と向き合うことを避けていた。

VII. 考察

氏のQOLは点数結果ではやや不良状態だが、生活に前向きな思いを抱いており、点数と認識に差があった。牧山³⁾は、QOLには生活目標が強く関与すると述べている。QOLを評価する際、点数結果と実際の認識の両方の背景にある患者の思いや目標を理解する必要がある。ここでは、QOLが不良となる生活上の苦悩や良好なQOLに転換させる要因を理解し必要な支援を考察する。

1. 末期心不全患者の生活を支える協力者の存在

氏は自宅生活の中で、今後起こりうる変化を見つめ続ける心理的苦悩を抱いていた。氏は、医療者から得た知識と入院の度に状態悪化していく体験を結び付け、心不全の脅威を実感して生活を改めるようになる。しかし、心不全は予後予測が難しく、氏は療養生活の見通しがつかない不確かな状況で〈常に心臓に影響が出ないかを気にしながら生活〉していた。ラザルスは、不確かな状況は自己コントロール感覚を制限すると説明している⁴⁾。つまり、この状況は今後起こりうる問題への準

備ができず、見えない未来に立ち向かっていく不安や恐怖を助長させていた。そのため、患者が今後の生活を具体的に考えられるように支援する必要がある。本症例では、医療者が繰り返し病態説明を行い、氏が今の段階を理解できるように関わっていた。また、家族や職場の人と病気を有した生活を具体的に考える関りがあった。氏は協力者と話し合うことでやるべきことが明確となり、〈先行き不安はない〉といった考えに至った。つまり、身近に相談できる環境は氏を前向きな気持ちにさせ、QOLを高める支援になっていたと考える。末期心不全患者がQOLを維持するには、相談できる協力者が必要であり、看護師はその人の患者に対する理解度・協力度を把握し、患者の生活を支えていける人であるか確認することが大切である。

2. ACP 実践後の継続的な支援のあり方

心不全患者への支援は自己コントロールが第一目標であり、病氣理解を促し心不全と付き合っていく心構えの構築支援が大切である。氏は、病氣理解や自己管理への自信があり、心不全と前向きに付き合っていた。自信とは、今までの成功体験から価値を見出すことで生まれる気持ちであり、医療者と生活を振り返り前向きに評価し続けたことが影響していると考えられる。このような自己肯定感を高める支援により、氏は前向きになり〈決められたことをきちんとやっていくこと〉と目標をもって生活していた。一方で、〈症状が出ている時は自分を責める〉ことがあり、身体状態によって自己コントロールできなくなる状況があった。飯田²⁾は、QOLの構成要因は1つでも偏ると他の要因に影響が出ると説明している。増悪を繰り返す末期心不全患者は身体機能に伴い精神面も変動するため、継続的に身体・精神面を観察して自己肯定感を高めていく必要がある。

氏は、死を考えることを避ける状況があった。理由は、死を身近なものと捉えられない考えがあったからである。氏は、職場では管理者、家では父親といった壮年期の役割を担い、発達段階において自分の死を考えにくい時期であった。末期心不全患者は、急変リスクが高く予め最期の在り方

を医療者と考えることが大切である。しかし、死を受容できない状況での話し合いは、生活に絶望感や医療者への不信感を抱かせ、関り一つでQOLが低下するリスクがある。高田⁵⁾は、先のことを考えない自由や患者の意思決定パターンを尊重した支援の心掛けが重要と述べている。意思決定支援は、患者の発達段階や社会生活の役割を把握した上で、適切な話し合いのタイミングや支援方法を検討する必要がある。そのためには、継続した関係づくりや多方面から患者を捉える多職種連携が重要であり、退院後も看護師は患者との信頼関係構築やチームを巻き込み患者の代弁者としての役割を担う必要があると考える。

VIII. 結論

本症例より末期心不全患者のQOLは、身体機能への健康感が低いことで不良状態に傾きやすいが、前向きな思いや目標があることで良好なQOLと認識する場合があることが示唆された。QOLを低下させる要因に今後起こりうる変化を見つめ続ける心理的苦悩があり、身近に相談できる人の存在がその苦悩を前向きな気持ちに転換させQOLを向上させる。QOL維持には安定した自己肯定感や意思決定パターンを尊重する環境が大切で、看護師は継続して思いや目標を汲み取りチーム医療に活かしていく必要がある。

IX. おわりに

本研究ではACP実践後の末期心不全患者のQOLの分析から患者の思いや目標を明確にし、継続支援の必要性を示唆した。QOLの分析をチーム医療でも活用し、退院後の継続的な支援や患者に合ったACPのタイミング・支援方法の検討に繋げていくことが課題である。

X. 引用・参考文献

- 1) Geneva: The WHO QOL Group; What Quality of Life? ,In World Health Forum, Vol.17,354-356 ,1996.
- 2) 飯田 紀彦他:クオリティ・オブ・ライフ(QOL)の評価 自己記入式 QOL 質問表及び改訂版の文献的展望, 関西大学社会学部紀要, 39, 2, P99-132, 2008.
- 3) 牧山布美: 心筋梗塞あるいは心不全にて急性期の治療を受けた患者の QOL, 川崎医療福祉学会誌, 13, 2, P333-339, 2003.
- 4) リチャード・S ラザルス: 本明寛, ストレスの心理学, 実務教育出版, P101, 2014.
- 5) 高田弥寿子: 難治性心不全診療における意思決定支援, 254, 11, P1057-1062, 2015.

表 1 自己記入式オリティ・オブ・ライフ質問表 (QUIK-R) と結果

【身体機能】		
1.ぐっすり眠った気がしない	×	【対人関係】
2.食欲がない	×	31.家族との話すことがなくなった
3.よく便秘や下痢をする	×	32.親しい友人はもういない
4.何度もおしっこをしたくなくなった	×	33.親戚近所とのつきあいをしなくなった
5.ちよつと動いただけでおしっこをもらす	×	34.目のうえのたんこぶみたいな人がいる
6.便や尿の色がおかしい	×	35.会いたくない人がなくなった
7.太りすぎ、やせ過ぎになってきた	×	36.人前で話すときひどく震れる
8.頭痛がしたり、頭がぼーっとすることがある	×	37.異性への関心がなくなった
9.立ちくらみやめまいがする	×	38.義理でつきあうのがおっくうだ
10.顔や手足がむくむ	×	39.周囲の人間関係はあまりよくない
11.目が疲れやすかったり、見えにくい	×	40.この数カ月面倒に巻き込まれている
12.何度も聞き直すことがある	×	計 17/10 点
13.何もしないのに胸がどきどきしたり痛くなる	×	【生活目標】
14.すぐに立ち上がれない	×	41.暮らしては決して楽ではない
15.よくつまずく	×	42.人並みの働きができない
16.手足がしびれたり、ふるえたりする	×	43.毎日の生活が重荷になってきた
17.肩こり、腕や関節の痛みがある	×	44.励まされてもやる気が出ない
18.いつも体がだるい	×	45.将来に夢や希望がなく先行き不安だ
19.根気がなくなった	×	46.向上心がなくなった
20.なかなか病気がよくなるしない	×	47.自分のことだけで精一杯だ
計 7/10 点		48.社会の動きに関心がなくなった
【情緒適応】		49.生きていく張り合いがわいてこない
21.ふと寂しくなる	×	50.他人を思いやることができなくなった
22.イライラしてぐっすり寝られない	×	計 11/10 点
23.悪口を言われたり、邪魔者扱いされている	×	合計 12/50 点
24.季節感、現実感がない	×	
25.すぐにかつとったり、涙もろくなった	×	チェック項目
26.ささいなことにもこだわってしまう	×	51.気分は爽快である
27.何をしても面白くない	×	52.生活に満足している
28.痛みが頭から離れない	×	53.健康な方である
29.煩わしいことがおっくうになった	×	54.幸福な方である
30.熱中する気力がなくなった	×	55.のんきな方である
計 3/10 点		

【評価方法】

質問番号 1～50 の合計点で評価。※チェック項目は点数化しない。

「はい」と回答すると 1 点加算され得点が高いほど QOL が悪く反映される。

「きわめて良好」0 点、「良好」1～3 点、「ふつう」4～9 点、「やや不良」10～19 点、

「かなり不良」20～29 点、「きわめて不良」30 点以上の 6 段階で評価

図 1 氏の病態経過と支援

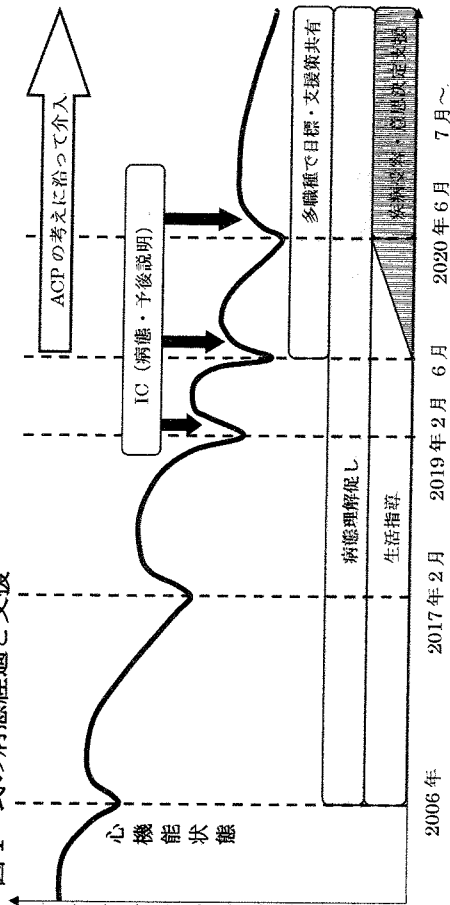


図 2 氏の QOL の構成図

